

Regionale Transmurale Afspraak

MCC Haarlem en Meer

—

Deel 1: Algemene informatie

Titel RTA

Boezemfibrilleren (=atriumfibrilleren) / boezemflutter
--

Brondocumenten

1	Atrial Fibrillation (management of) guidelines, European Society of Cardiology (ESC) (2016)
2	Toolkit/zorgmodel Atrium Fibrilleren NVVC Connect (2017)
3	NHG standaard atriumfibrilleren (2017)

Datum en status RTA

Versie 1.0 apr 2022 definitief; feedback adviescommissies verwerkt; opnieuw langs adviescommissies ivm aanpassing leeftijd
--

Werkgroep

Naam	Functie
DJ van Doorn	Cardioloog, Spaarne Gasthuis
MCEJ Bakker	Huisarts, HCZK
M Monquil	Huisarts, HCZK
EF Wallaart	Huisarts, HcH

Aanleiding RTA

Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken.
--

Doel RTA

De RTA boezemfibrilleren benoemt de raakvlakken tussen de eerste en tweedelijnszorg en bevordert dat huisarts geneeskundige of specialistische zorg op het juiste tijdstip wordt geboden terwijl de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft voor de patiënt. Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en informatieoverdracht.
--

Deel 2: Medisch inhoudelijke afspraken

Exclusiecriteria

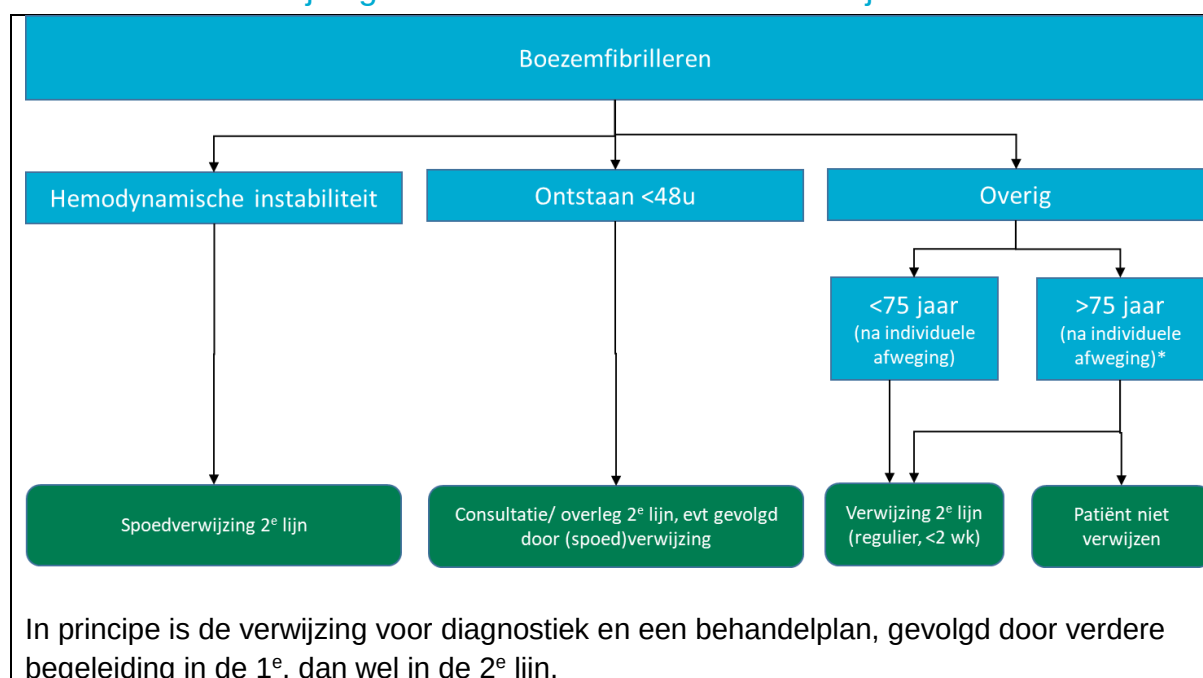
Aanbevelingen voor behandeling in de eerste lijn

- Huisarts start alvast met antistolling en een betablokker, eventueel in overleg met cardioloog. Antistolling o.b.v. de CHA2DS2-VASc-score: niet bij een zeer lage score en/of een hoog bloedingsrisico. Betablokker indien ventrikelfrequentie >80/min.
- In principe altijd een DOAC, tenzij gecontra-indiceerd of reeds adequaat ingesteld op een vitamine K antagonist.
 - Bij persisterend BF en beoogd ritmecontrole: altijd
 - Bij overige situaties (incl paroxysmaal boezemfibrilleren): op geleide van de CHA2DS2-VASc-score

NB voor het starten van een DOAC dient de nierfunctie bepaald te worden. Bij een eGFR <50 dient de dosering aangepast te worden.

- Starten frequentiecontrole:
 - Controle binnen een week (in wachttijd 1^e consult cardioloog)
 - Indien frequentiecontrole effectief zonder tekenen van hemodynamische verslechtering dan datum 1^e consult cardioloog afwachten, anders overleg cardioloog
 - Indien mogelijk vindt voor verwijzing labonderzoek plaats t.a.v. nierfunctie en schildklierfunctie (Hb, kreatinine met eGFR, kalium, TSH (FT4), glucose).

Indicatie voor verwijzing of consultatie naar de tweede lijn



* In de individuele afweging worden de volgende elementen meegenomen:

Drempelverhogend voor verwijzing:

- Hogere leeftijd
Volgens de NHG standaard (uit 2017) dient <65 jaar verwezen te worden, in de RTA wordt 75 jaar aangehouden.
- Mate van fragiliteit

Drempelverlagend voor verwijzing:

- Aanwijzingen coronairlijden, klepvitium of hartfalen
- Aanwezigheid klachten
- Paroxysmaal vs persisterend
- Diagnostische onzekerheid
- Therapeutische onzekerheid
- Verhoogd bloedingsrisico waarbij twijfel of antistolling geïndiceerd is.

Uiteraard moet de wens van de patiënt in de afweging zwaar meetellen.

Informatieoverdracht bij verwijzing van de eerste naar de tweede lijn

De informatieoverdracht moet voldoen aan de zogenaamde HASP-richtlijn.

De huisarts vermeldt in zijn verwijsbrief:

- Of het gaat om overname en behandeling of om diagnostiek en behandeladvies
- De expliciete vraagstelling aan de cardioloog
- Documentatie van het boezemfibrilleren (indien gevangen):
ECG/ritmestroom/holter/andere tools als bijv. I-watch
- Voorgeschiedenis
- Anamnese
- Risicofactoren: hypertensie, overgewicht, OSAS, alcohol- en drugsgebruik
- Lichamelijk onderzoek
- Actuele medicatie
- CHA2DS2-VASc-score
- Labuitslagen <3-6 mnd indien aanwezig (Hb, kreatinine met eGFR, kalium, TSH (FT4), glucose; op indicatie (Ntpro)BNP, lipiden)
- Gestarte antistolling: DOAC dan wel Vitamine K antagonist.

Uitgangspunten voor behandeling in de tweede lijn

Diagnostiek in de 2e lijn:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Medicatieverificatie
- Labonderzoek indien nog niet in 1^e lijn gedaan
- ECG
- X-thorax
- Echocardiogram

Optioneel:

- Ergometrie (of andere vorm van ischemiedetectie, bijv. PET-CT of MRI)
- Holter

Behandeling:

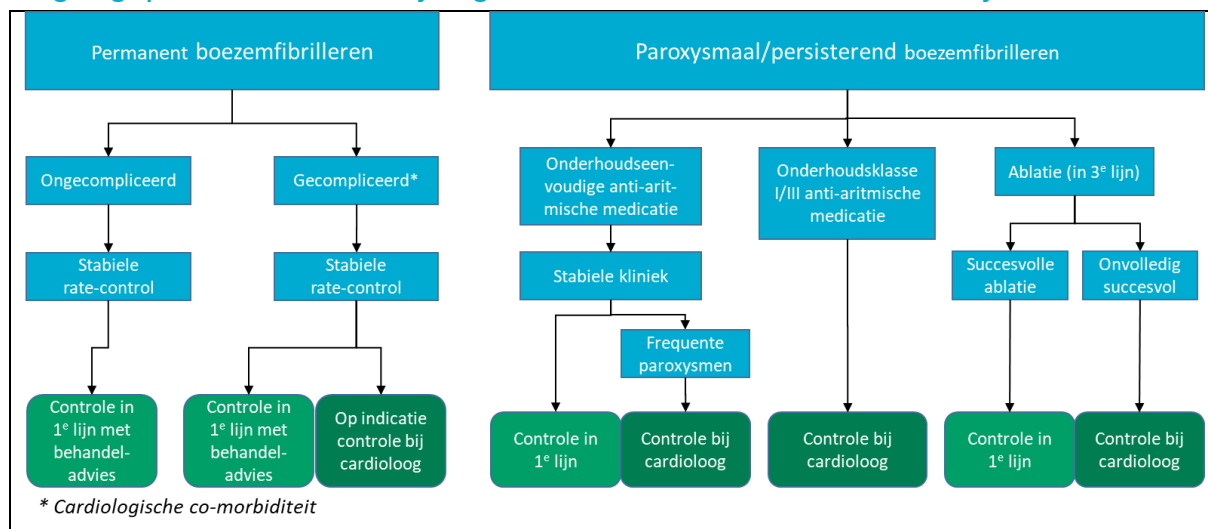
Permanent boezemfibrilleren, boezemfibrilleren is geaccepteerd:

Behandeling bestaat uit rate-control al dan niet in combinatie met antistolling op geleide van de CHA2DS2-VASc-score.

Paroxysmaal/persisterend boezemfibrilleren:

Een onderhouds-behandeling bestaat uit metoprolol en/of pil in de pocket (sotalol, tambacor) en/of antistolling indien geïndiceerd.

Uitgangspunten voor verwijzing van de tweede naar de eerste lijn



*Cardiologische co-morbiditeit

Verwijzingen uitgelegd in tekst:

Permanent boezemfibrilleren, boezemfibrilleren is geaccepteerd:

Bij een stabiele rate-control verwijst de cardioloog de patiënt terug naar de 1e lijn met behandeladvies. Bij cardiale co-morbiditeit zoals bijv. hartfalen, kleplijden en/of ernstig coronairlijden kan de cardioloog ook besluiten om de patiënt te blijven behandelen op speciale poli zoals bijvoorbeeld een HF-poli cq AF-poli

Paroxysmaal/persisterend boezemfibrilleren:

Bij een stabiele kliniek wordt de patiënt terugverwezen naar de 1e lijn.

Bij een onderhoudsklasse I/III anti-aritmische medicatie blijft de patiënt onder controle van de cardioloog.

Bij een ablatie wordt de patiënt naar een tertiair centrum verwezen. Bij een succesvolle ablatie en ongecompliceerd beloop kan de cardioloog de patiënt terugverwijzen naar de 1e lijn. Anders blijft de patiënt onder behandeling van de cardioloog.

Terugverwijzen naar de 1e lijn vindt plaats bij:

- Patiënten met zeer stabiele c.q. beheersbare klachten waarbij de behandeling gericht is op ritmecontrole.
- In overleg met de patiënt: kwetsbare ouderen (indien polibezoek een te zware belasting is) onder behandeling met amiodaron.

Al of niet in combinatie met antistolling op geleide van de CHA2DS2-VASc-score

Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Bij kwetsbare ouderen onder behandeling met amiodaron is een goede overdracht noodzakelijk, bij voorkeur vergezeld door een telefonische overdracht naar de huisarts. In de ontslagbrief staat vermeld:

- Verzoek tot overname controle boezemfibrilleren
- Radiologische bevindingen
- Echografische bevindingen
- Medicatie
- Behandelplan
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist (NB dd cardioloog is altijd bereikbaar)

Uitgangspunten bij follow-up in de 1^e lijn

Voor uitgebreidere beschrijving, zie de NHG standaard.

Bij behandeling van patiënten met boezemfibrilleren in de 1^e lijn wordt uitgegaan van het geadviseerde behandelplan bij terugverwijzing (in ontslagbrief) van de 2^e naar de 1^e lijn en bestaat uit een jaarlijkse controle in de 1^e lijn gericht op:

- Hartfrequentie
- Gewicht (i.v.m. hartfalen en dosering DOAC)
- Alcoholconsumptie (i.v.m. nadelig effect op BF)
- Gebruik antistolling: adequaat? Indien geen antistolling: is dat nog steeds niet geïndiceerd of inmiddels wel?
- Nierfunctie en evt. schildklierfunctie (Hb, TSH (FT4)), zeker bij amiodarongebruik. Bij gebruik digoxine ook Kalium.
- Moet de dosis van digoxine op basis van leeftijd, nierfunctie, gewicht en kliniek aangepast worden? [Zie bijlage 2](#) voor het oplaad- en onderhoudsschema.
- Op indicatie: ECG
- Aanvullende c.q. nieuwe cardiovasculaire comorbiditeit, m.n. hartfalen: aanvullende controles in 2^e lijn kunnen dan wenselijk zijn.

Deel 3: Logistieke en procedurele afspraken

Procedure bij verwijzing of consultatie van de eerste naar tweede lijn

- Verwijsbrieven zo veel mogelijk via ZorgDomein.
- Spoed via dienstdoende cardioloog. Voor nummer zie Haarlem en Meer contact App of via centrale 023-2240000.
- Voor korte vragen is het mogelijk een consultatie te plegen: Bijvoorbeeld vraag over procedure van verwijzing, op welke termijn verwijzing, via dd cardioloog of op het ritmesein (vpk specialist).
- In principe kan een patiënt binnen 24-48 u poliklinisch of op de EHH gezien worden.

Procedure bij terugverwijzing van de tweede naar eerste lijn

- De cardioloog schrijft de huisarts een ontslagbericht:
 - Na opname uiterlijk op de eerste werkdag na ontslag uit het ziekenhuis een (voorlopige) ontslagbrief.
 - Indien voorlopige ontslagbrief dan binnen 2 dagen na ontslag na opname in ziekenhuis definitieve ontslagbrief.
 - Binnen een week na ontslag polikliniek.

Regionale contact gegevens

NHZ Connected app

Bijlage 1: Onderhoudsklasse I/III antiaritmische medicatie

NB Patiënten met onderhoudsklasse I/II antiaritmische medicatie zijn in principe onder behandeling van de cardioloog.

- Flecaïnide/Tambocor
- Propafonon/ Rytmonorm
- Disopyramide/Ritmoforine
- Sotalol
- Amiodaron/Cordarone

Bijlage 2: oplaad- en onderhoudsdosering digoxine

Oplaadschema met digoxine (digitaliseren)

0,5 - 0,25 - 0,25 mg à 6 uur, de 1^e dag

0,25 – 0,25 – 0,25 mg à 6 uur, bij:

- meer kans op toxiciteit,
- bij patiënten ouder dan 70 jaar,
- bij een verminderde nierfunctie (creatineklaring <50ml/min) of
- bij een laag lichaamsgewicht (<55 kg).

Onderhoudsdosering digoxine Oraal (en i.v.):

In het algemeen:

0,25 mg per dag; soms een lagere dosis (0,125-0,0625 mg).

Volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren:

0,25 mg 1x per dag oraal - bij volwassenen met atriumfibrilleren

0,125 mg 1x per dag - bij:

- meer kans op toxiciteit,
- bij patiënten ouder dan 70 jaar,
- bij een verminderde nierfunctie (creatineklaring <50ml/min) of
- bij een laag lichaamsgewicht (<55 kg)

0,0625 mg per dag, bij:

- patiënten >85 jaar
- of bij een combinatie van eerder genoemde factoren

Dosering titreren op geleide van ventrikelfrequentie; volgens de ESC-richtlijn.

Bron: farmaceutisch kompas, [digoxine \(farmacotherapeutischkompas.nl\)](https://farmacotherapeutischkompas.nl)